

PATIENT

Nom : Prénom :

 Date de naissance :

 Mode d'administration : IV per os Durée :

Poids :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

 Inefficacité du traitement :

 Origine présumée *(à préciser)* :

 Interactions médicamenteuses *(à préciser)* :

 Survenue d'effets indésirables *(à préciser)* :

 Modifications posologiques *(à préciser)* :

TRAITEMENTS ASSOCIÉS *(à préciser)*

MÉDICAMENTS ANTIFONGIQUES

Nom de l'IP	Posologie journalière	Date de début du traitement	Dernière administration Date et heure	Date du prélèvement	Heures de prélèvement*								
					T0	T + 30 min (ap. fin perf.)	T + 1h (ap. fin perf.)	T + 2h (per os)	T + 3h (per os)	T + 4h	T + 5h	T + ...	
Flucytosine (ANCOTIL®) x mg/j												
Itraconazole (SPORANOX®) x mg/j												
Voriconazole (VFEND®) x mg/j												
Posaconazole (INVIRASE®) x mg/j												
Fluconazole (TRIFLUCAN®) x mg/j												

MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX

Nom de l'IP	Posologie journalière	Date de début du traitement	Dernière administration Date et heure	Date du prélèvement	Heures de prélèvement*					
					T0	T + 30 min (fin perf.)	T + 2h30 (fin perf.)	T + 2h à 3h (per os)	T + 3h (per os)	T + ...
Isoniazide (RIMIFON®, RIFATER®, RIFINAH®) x mg/j									
Rifabutine (ANSATIPINE®) x mg/j									

*Les cases laissées en blanc correspondent aux temps usuels de prélèvement pour chaque molécule (ne pas mettre une croix, bien noter l'heure exacte). Si autre temps de prélèvement, le noter dans la case T + ...